

Dr. RÓZSA JÓZSEF a Munkaügyi Minisztérium főosztályvezetője,
a közgazdaságtudományok kandidátusa:

A csökkent munkaképességgel összefüggő általános
és foglalkoztatáspolitikai kérdések

Hazánkban a csökkent munkaképességű dolgozók számát több százezer főre becsüljük. A hatékony szakmai rehabilitáció elősegítésére a Minisztertanács közel 10 évvel ezelőtt egy keretrendeletet adott ki. Az azóta eltelt 1 évtized tapasztalatai sok tekintetben nem kedvezőek. A foglalkozási rehabilitáció előrevitele terén minőségi változást sajnos nem tudtunk elérni. Tapasztalataink szerint a szocialista országok egy részében a foglalkozási rehabilitáció személyi és tárgyi feltételeinek megteremtésében előbbre tartanak, igyekszünk tőlük átvenni hasznosítható tapasztalataikat.

A magyarországi munkaerőhelyzet a korábbinál fokozottabban sürgeti a foglalkozási rehabilitáció generális megoldását, és ezzel a munkaerő kínálat növelését. Ebben az évben a Munkaügyi Minisztérium, az Egészségügyi Minisztérium, valamint a SZOT kidolgozza a szakmai rehabilitáció távlati fejlesztési tervét.

A kérdés tehát a magyar fél számára rendkívül időszerű és sok vonatkozásban megoldatlan. Ezért is örültünk a nemzetközi szinpoziumnak, amitől tulajdonképpen problémáink megoldásához segítséget is vártunk. Természetesen világos előttünk, hogy a hazai problémákat nekünk, magunknak kell megoldani. A baráti országok tapasztalatainak hasznosítása elősegitheti ezt a folyamatot.

Szervezeti kérdésekről csak annyit bocsájtanék előre, hogy a Munkaügyi Minisztériumban működik egy Szociálpolitikai Főosztály, melynek feladata a foglalkozási rehabilitáció javítása. A témához létrehoztunk egy társadalmi fórumot is, hosszabb ideje működik a Magyar Rehabilitációs Társaság foglalkozási rehabilitációs szekciója. Mint a Szociálpolitikai Főosztály vezetője

és mint az előbb említett szekció elnöke szeretném Önökkel ismertetni az alábbi kérdéseket.

- A rehabilitáció általános kérdései,
- A foglalkozási rehabilitáció,
- Speciális munkahelyek,
- A jogi szabályozás hatékonysága,
- Összefoglalás.

A rehabilitáció általános kérdései

Bevezetésül néhány szót a rehabilitáció-szó eredeti és modern értelmezéséről.

A rehabilitáció szó a XVIII. században került használatba és az érintett egyén eredeti állapotába való visszahelyezését jelentette - főleg jogi és morális értelemben. Természetesen mi átvitt értelemben, az egészségében károsodott /baleset, vagy betegség miatt/ vagy más egyéni körülmény miatt hátrányos személyek testi és lelki helyreállítását értjük rehabilitáció alatt. A rehabilitáció akkor sikeres, ha a munkára való alkalmasságtételrel együtt visszaállítja az illető helyét a családban és a társadalomban is. Az előadás további részében elsősorban az egészségükben károsodott egyének, az un. csökkent munkaképességű rétegek problémáiról lesz szó.

Hosszu és összetett folyamat a rehabilitáció, melyben csak mesterségesen választható szét az orvosi, a foglalkozási és a szociális terület. Kik szorultak tehát rehabilitációra?

Mind az eredeti, mind a modern értelmezésből következik, hogy azok, akik valamit elvesztettek; pl. valamelyik végtagjukat baleset következtében, vagy esetleg születési okból elvesztették látásukat, ill. olyan belszervi, idegrendszeri - többnyire idült - megbetegedésben szenvednek, melyek teljesen nem gyógyíthatók, és a betegség következtében valamilyen mértékű funkciócsökkenés következik be. Az orvosi rehabilitáció alap gondolata abból indul ki, hogy az előbbieken példászerűen említett valamennyi súlyos és végleges egészségkárosodás esetében a megmaradt funkciók összessége még mindig sokkal több, mint a betegség következtében elvesztett betegség száma. Azt kell tehát figyelem-

be vegyük, ami éppen megmaradt és ezekre a képességekre kell felépítenünk minden rehabilitációs kísérletet. Természetesen az orvosi szemlélet is változik.

Az elvesztett képességek összessége okozhat állandó rokkantságot és magával vonhat jogos járadékot is, de az esetek nagy részében ez a járadék az egyénért folytatott fáradozások és egészségügyi kísérletezések feladását jelenti. Ezzel szemben a megmaradt képességek számbavétele után azok kifejlesztése, a hiányzók helyett a megmaradt izmok tréningje meghatározott területen újból teljes mértékűvé teheti az embert. Ez a rehabilitáció orvosi feladat. Mindez akkor teljes mértékű, ha a rehabilitált akár eredeti munkakörében, akár más munkaterületen teljes értékű munkát végezhet. Természetesen lehet, hogy csak otthoni munkára lesz alkalmas, akár mint bedolgozó, akár mint háztartásvezető. Lehet, hogy csupán önellátóvá tudjuk tenni, de így sem szorul ápolásra, gondozásra és nem lesz terhére a családtagoknak.

Az orvosi rehabilitáció tehát akkor is nagyon fontos funkciót tölt be, ha nem tudja a feltételeit biztosítani a munkavégzésnek, a társadalmilag szervezett munkában való részvételnek.

A foglalkozási rehabilitáció az általános rehabilitációs tevékenység keretein belül ma még nem kapta meg a megérdemelt rangját. A tudományosan is elismert megelőzés, a látványos hatású gyógyítás, a sokszor még látványosabb sebészeti tevékenység nagy társadalmi presztízsnak örvend. Kevéssé mondhatjuk ezt el az előbbi folyamatokat követő foglalkozási és szociális rehabilitációról.

A nagyfoku technikai fejlődés, a századunkat sújtó világháborúk, a felgyorsult élettempó egyre sürgetőbbé tette és teszi az általános rehabilitációt. G. Harlem, a Nemzetközi Rehabilitációs Társaság korábbi elnöke korunk fejlődési jellemzőiből arra a következtetésre jutott, hogy a legjobban iparosított államok társadalmi szerkezetében a következő arányok alakultak ki. A lakosság 50 %-a túl fiatal, vagy túl öreg lesz ahhoz, hogy a termelő munkában részt vegyen, a megmaradt 50 %-on belül 20-25 % végez produktív munkát, elemzésében 10-15 %-ra becsüli azok számát, akiket különböző betegség-eredet, vagy baleset miatt csak

akkor tudnak foglalkoztatni, ha részben átalakítják funkcióikat, részben ennek megfelelő munkahelyeket alakítanak ki számukra.

A rehabilitációnak ezt a fázisát, a termelő munkába történő beintegrálódást nevezzük közelebből foglalkozási rehabilitációnak. A kalsszikus kosárfonás, kefekötés mellett a leg-egyszerűbb és üzemeink által gyakorolt módszer az un. könnyebb munkakörbe történő áthelyezés /portásnak, őrnek stb./. Természetesen ezek a munkakörök nem igényelnek különösebb szakképzettséget, viszont a szakképzettek részére sem tartalmilag, sem szociális szempontból egyáltalán nem vonzóak. Mindezek igényelték, hogy a foglalkozási rehabilitációt szélesebben értelmezzük, a megoldást ne szakmai kompromisszumok útján szorgalmazzuk.

A jól megoldott orvosi rehabilitáció és az eredményes foglalkozási rehabilitáció sem biztosíték arra, hogy a rehabilitált újra megtalálja helyét a szűkebb és tágabb értelemben vett közösségben. Itt van nagy szerepe a kollektívának. Ha a rehabilitáltakat az üzemben a munkatársak nem segítik különösen, a rehabilitáció eredménytelen. Döntő szerepe van az emberek előítéletének is. Üzemlátogatásaink során tapasztalhatjuk, hogy a rehabilitált dolgozóktól az egészséges dolgozók egy része óvakodik, fél. Különösen tapasztalható ez teljesen kigyógyult, volt tüdőbetegek szociális beilleszkedésénél.

További súlyos és paradox ellentmondással kell a társadalomnak megküzdenie. A múlt század végén kialakult felfogás az volt, hogy a rokkant képtelen bármilyen munkára és egész életén át a közösséget terheli. A XX. században ezt a segítséget többnyire intézményesített járadék képviseli.

Ez a biztosítási védelem, ill. szocialista társadalomban a magasfokú szociális biztonság egyes konkrét esetekben gátlólag hat a foglalkozási rehabilitációra. Tőkés országokban figyelték meg, hogy akik nem részesülnek a biztosítási védelemben, azok hamarabb estek át a foglalkozási rehabilitáción mint a biztosítottak. Sok orvos kifejtette, hogy a rehabilitációhoz feltétlenül szükséges a beteg aktív közreműködése, és ez csak akkor fokozható, ha nagyobb lenne a különbség a nyugdíj és a rehabilitáció között.

függő befizetését követő jövedelem között, ez utóbbi javára. De az első pillanatra talán antiszociális felfogás, végülis az egész társadalom, de az egyes beteg érdekét is jobban szolgálja. A beteg részéről gyakori a félelem, hogy a gyógyulás, az eredményes rehabilitáció a korábbi baleseti járadék elvesztését jelenti. A gyakorlat azt mutatja, hogy az egészségre, a megmaradt funkció fejlesztésére irányuló akarat alig lelhető fel ott, ahol a nyugdíjra való törekvés nyilvánvaló.

Ha pl. az üzemi balesetet szenvedett dolgozó rokkant nyugdíjassá válik, mert munkaképességének 66 %-át elvesztette, akkor ma az történik csupán, hogy anyagilag kártalanítják az őt ért veszteség miatt. Azt már nem vettük figyelembe, ami emberi értékeiből és képességeiből megmaradt és ami hasznosítható lenne, ha szakszerű komplex rehabilitációban részesülne. Már az orvosi rehabilitáció időszakában meg kellene kezdeni a sérült előkészítését az új életre és ez nemcsak szociális jellegű feladat, hanem komplex megoldást igényelne. A kórházi ágyakon folytatott beszélgetések tanulságai szerint a munkaképes sérültek igenis keresik foglalkoztatási lehetőségeiket, még a legsúlyosabban sérültek is.

Amennyiben a szociális intézkedések oldaláról vizsgáljuk a kérdést, akkor a hazai gyakorlat Európa élvonalába tartozik. Ha viszont arra gondolunk, hogy a jelenlegi nyugdíjrendszerünkben a domináns tényező a munkaképesség elvesztésének %-os mértéke, és hogy lemondunk a szakmai rehabilitációról, akkor ezzel megteremtjük ugyan a szociális biztonságot, de mégsem szolgáljuk teljes mértékben az egyén és a társadalom érdekét.

A sérültek és betegek személyes és szociális beilleszkedésének megoldása túlnő az orvosi és szociális feladatkörön. A mentális zavarok kialakulásának megakadályozása, a megmaradt képességek és a felnőttkorra felhalmozott szakmai tudás hasznosítása csak szakszerű segítséggel valósulhat meg. Mivel a korlátozott munkaképességű ember esetében bekövetkezett biológiai funkció-változás általában maga után vonja a csökkenő munkaintenzitást, ezért súlyosabb esetekben szükségszerűvé válik a pártfogás, ill. a munkahelyek adaptálása. Így a csökkent mun-

kaképességük teljes vagy megközelítően teljes értékű munkát tudnak végezni.

Foglalkozási rehabilitáció

Különféle betegségek, vagy balesetek idézhetnek elő rokkantságot. Az esetek nagy többségében azonban megfelelő kezelés után a paciens teljesen felgyógyul és visszanyeri korábbi munkaképességét. Ebben az esetben a rokkantság csupán időleges volt, az orvosi rehabilitációval befejeződött a rehabilitációs eljárás. Más esetekben azonban, amikor egy személy csonkulásos balesetet szenved, megvakul, vagy szivbeteggé válik, fennáll a tartós rokkantság esete, amely állapot a munkaképes korban levő embert élete végéig elkísérheti. Azoknak, akik ilyen esetben a rehabilitációval és a munkábaállítás problémáival foglalkoznak, figyelembe kell venniük a rokkantság jellegét, /ill. a betegség természetét/, és annak a szakmai képességekre gyakorolt hatását. A tapasztalat szerint a rokkantság, ill. a tartós munkaképességcsökkenés között különbséget kell tenni. Vegyük például egy bizonyos életkorú könyvelő példáját, akinek jobb alkarját gépkocsibaleset következtében amputálták. Az orvosok a munkaadó és a rehabilitációval foglalkozó szakemberek úgy ítélték meg, hogy ez az ember már nem képes könyvelési feladatot ellátni. A megállapítást a könyvelő elfogadta, tudomásul vette, hogy kézbesítő munkára osztják be. Néhány hónap alatt azonban balkezessé vált és a jobb karjára készült művégtag segítségével korábbi könyvelési munkáját tökéletesen el tudta végezni.

A rokkantság nyilvánvalóan fennáll, anélkül azonban, hogy ez tartós munkaképességcsökkenést idézett volna elő. Az előbbieken alapján azt mondhatjuk, hogy munkaképességcsökkenés abban az esetben következik be, ha a fogyatékosná vált dolgozó:

- képtelen megfelelően ellátni régi foglalkozását;
- eredeti foglalkozásának gyakorlása közben a további egészségi károsodás lehetőségei fennállnak;
- mások biztonságát veszélyezteti;
- ha e foglalkozás gyakorlása súlyosabbá teheti fogyatékoságát.

Hogy valamely rokkant szakmai szempontból csökkent munkaképességű-e vagy sem, azt csak alapos vizsgálat eredményeként tisztázhatjuk. Az elemző vizsgálat egyrészt arra irányul, hogy feltárják azokat a fiziológiai változásokat, amelyek a sérülésből adódóan korlátozzák a munkavégzést, másrészt a megváltozott munkaképességű dolgozó fizikai adottságainak megfelelő adaptációját érinti.

Az előbbi példa is rávilágít, hogy mennyire szükséges a rokkant dolgozó megmaradt munkaképességének teljes ismerete, és annak megfelelő értékelése.

A munkaadó, mérnökök és más üzemi szakemberek - orvosi képzettség hiányában - nem határozhatják meg azokat a határokat, amelyek biológiai, ill. fiziológiai jellegűek. Éppen ezért csak szakorvos véleménye lehet mérvado munkaképességsökkenés esetén az elfogadható fizikai megterhelés jellegéről és mértékéről. Az orvos szerepe az, hogy véleményt mondjon a rokkant szellemi és fizikai állapotáról, munkaképessége jellemzőiről és korlátairól. Ebből kiindulva válik lehetségessé olyan munkahelyi és munkaköri kategóriák meghatározása, amelyek elvileg megfelelnek a korlátozott munkaképességnek. Sohasem szabad azonban szem elől téveszteni, hogy bár a képességek is alakíthatók, nagyobb mértékben a munkát kell az érdekelt személy képességeihez idomítani.

Meg kell követelni az orvosoktól, hogy a munkával összefüggő meghatározott funkciók elvesztése esetén ne csak olyan ajánlatot tegyenek, amely szerint a dolgozót könnyebb munkakörbe kell helyezni, hanem a dolgozó megmaradt funkcióinak ismerete alapján ennél konkrétabb javaslattal kell élniök. Meg kell mondaniok az orvosoknak, hogy az illető személy milyen pályán, milyen foglalkozási területen tud teljes értékű munkát nyújtani. Ezekhez az orvosi javaslatokhoz kell kapcsolódni az átképzésnek, ill. továbbképzésnek.

A korlátozott munkaképességű fiatal korosztályok szakmunkásképzését nemrég szabályozta a munkaügyi miniszter. Az ilyen fiatalok 25 éves korig szakmunkásképző iskolákban és speciális intézetekben /egészségügyi, szociális ill. gyógypedagógiai intézetekben/, sajátos feltételek mellett tanulhatnak szakmát.

Tapasztalataink szerint jóval több ilyen típusu képzőintézményre lenne szükség.

A fentieken túlmenően a helyi tanácsok munkaügyi szakigazgatási szervei meghatározzák azokat a munkaköröket, amelyek csak csökkent munkaképességű dolgozókkal tölthetők be. A tapasztalat szerint ez a szabályozás nem elég hatékony, a csökkent munkaképességű dolgozók részére fenntartott munkahelyeken sokszor teljesen egészséges embereket is foglalkoztatnak, ill. sajátos módon kibővítik a csökkent munkaképességű dolgozók fogalmát /munkahelyezési szempontból a kategóriába sorolják a többgyermekes nőket, egyedülállókat, stb./.

Gyakorlatilag megoldatlan kérdés a 25 évesnél idősebb, tehát felnőttkori rehabilitálandó szakmai átképzése. Hazánkban mindössze egy ilyen intézmény működik a Fodor József Áll. Szanatórium keretében és most tettünk kísérletet arra, hogy további szakmunkásképzős iskolák indítsanak ilyen kurzusokat. Mivel realisan számolnunk kell a megváltozott munkaképességű dolgozók létszámának növekedésével, megítélésünk szerint szervezettebb módon kell a korszerű szakmai rehabilitáció feltételeit megteremteni.

Meggyőződésem, hogy a szórványosan tapasztalható felnőttkori dolgozó átképző tanfolyamaitól függetlenül előbb-utóbb létre kell hozni területenként rehabilitációs szakképző centrumokat. Elsősorban azokon a területeken, ahol a legnagyobb számú megváltozott munkaképességű él.

Speciális munkahelyek

A munkaképes korban lévő csökkent, vagy korlátozott munkaképességű dolgozók mintegy 90 %-át eredeti vállalatuk foglalkoztatja, ezért a szakmai rehabilitáció megvalósítása az esetek túlnyomó többségében a teljesen egészséges termelőközösségeken belül történt.

A súlyosabb testi, vagy szellemi fogyatékosok, rokkantak és a keresetkiegészítésre igényt tartó idősebb emberek azonban nem mindig alkalmasak ill. képesek arra, hogy korábbi üzemükben

dolgozzanak. Így már évtizedekkel ezelőtt jogos igényként merült fel, hogy az állami szervek biztosítsanak olyan speciális munkalehetőségeket és munkahelyeket, ahol a fogyatékosok válhatnak dolgozók munkaképességüknek megfelelő munkát végezhetnek.

A termelés jellege, valamint a megváltozott munkaképességű dolgozók fizikai és szellemi adottságainak megfelelően a gépipari és könnyűipari ágazaton belül a tanácsi és szövetkezeti ipar felelt meg leginkább a foglalkoztatási követelményeknek. A munkalehetőséget egyrészt üzemi szervezésben, többnyire csökkentett munkaidővel valósították meg, másrészt a legsúlyosabb fogyatékosokat bedolgozóként foglalkoztatták. Az otthon végzett bedolgozói munka mind a rehabilitáltak, mind a vállalatok és szövetkezetek szempontjából ésszerű.

Hazánkban a felszabadulás után fokozatosan valósult meg a csökkent munkaképességű dolgozók szervezett foglalkoztatása. A különböző munkaügyi, egészségügyi és pénzügyi rendelkezések növelték a vállalatok és szövetkezetek érdekeltségét és felelősségét e témakörben. Az utóbbi években megjelent rendelkezések közül kiemelendő a szabályozásnak egyik eleme. Ez ugyanis valamennyi vállalat és szövetkezet részére 1976. évtől lehetővé teszi, hogy tartalékalapjukból /visszafizetési kötelezettség nélkül/ a beralap meghatározott százaléka erejéig összegeket használjanak fel rehabilitációs célú munkahelyek létesítésére.

Azok a vállalatok és szövetkezetek, ahol a termelésben foglalkoztatott dolgozók 20 %-a csökkent képességű, külön állami dotációt, ill. adókedvezményt kap.

A szövetkezetek jelentős szerepet vállaltak a foglalkozási rehabilitációval. Budapesten és vidéken megközelítően 10 ezer korlátozott munkaképességű dolgozót foglalkoztatnak munkahelyen és bedolgozóként. A tanácsi ipar megalakulása óta részt vesz a rehabilitációban. A fővárosi tanácsi iparban három célvállalat és a Fővárosi Kézműipari Vállalat ma többségében csökkent munkaképességű dolgozókat foglalkoztat. E vállalatok az állam részéről jelentős támogatásban részesülnek.

Új jelenség hazánkban, hogy szellemi fogyatékosok számára szűk körben ugyan, de megszervezték az ún. védőmunkahelyi foglal-

koztatást. Jelenleg hét ilyen munkahelyről tudunk, ahol a munkavégzést általában gyógypedagógusok bevonásával biztosítják. A családi háttérű, ún. bejárásos védőmunkahelyeket a Fővárosi Kézműipari Vállalat mellett a Zamat Keksz és Ostyagyár, valamint a Szegedi Fonalfeldolgozó Vállalat hozott létre. Az eddig szerzett tapasztalatok kedvezőek különösen ott, ahol rendszeresen alkalmaznak gyógypedagógust is. A Szegedi Fonalfeldolgozó Vállalat példája különösen figyelemre méltó. Az eredetileg vakokat foglalkoztató vállalatok az elsők között valósította meg az értelmi fogyatékosok szervezett foglalkoztatását. A vállalat a szegedi és a szentesi gyógypedagógiai intézettel kötött szerződést, a vállalatnál megszervezték a fogyatékosok oktatását - kiváló eredménnyel.

A tanfolyam elvégzése után a fogyatékosok védőmunkahelyen dolgoznak. A vállalat állományában lévő gyógypedagógus a munkahelyi felügyelet mellett szervezi és irányítja a szülői munkaközösséget, emellett segítséget ad a fiataloknak szabad idejük ésszerűbb kihasználásához.

A munkára nevelés tudatos folyamata különösen figyelemreméltó és követendő. Az oktatás és foglalkoztatás párhuzossága mellett a munkábaállás és az utógondozás is gyakorlattá vált ennél a vállalatnál.

A védő munkahelyek eddigi eredményei egyértelműen azt igazolják, hogy az értelmi fogyatékosok önmaguk fenntartásához szükséges összeget képesek megkeresni és a munka által megtalálják helyüket a társadalomban.

Röviden szólni kell az ún. szociális foglalkoztatókról. Itt elsősorban a súlyosan korlátozott munkaképességű egyéneknek biztosítanak munkalehetőséget. Az országban 22 szociális foglalkoztató működik, 14 Budapesten és 8 vidéken. A foglalkoztatottak száma 6 ezer fő fölött van, nagy többségük nő. A nyugdíjas kort elérték aránya 50 % felett van. Ezt a hálózatot a tanácsai szakigazgatási szerveken keresztül az EÜM. irányítja. Az EÜM idevonatkozó utasítása szerint a szociális foglalkoztatók önálló gazdasági egységek, gazdálkodásuk a költségvetési szervek szabályai szerint történik. A szociális foglalkoztatókat létrehozó és sza-

bályozó rendelkezés eleve kizárja annak lehetőségét, hogy ezek üzemekké, ill. vállalatokká fejlődjenek. Alapvető követelmény velük szemben a munkaterápiás jellegű foglalkozás, nem pedig a nyereség növelése. Ez utóbbi szempont persze nem mellékes olyan értelemben, hogy termelésük piacképes legyen.

A jogi szabályozás hatékonysága

A hazánkban megjelent rehabilitációs rendeletekben hosszú ideig a szociális jelleg dominált. Csak az utóbbi évtizedben került előtérbe a gazdasági racionalitás és a korszerűen értelmezett humanizmus. Legutóbb 1967 évben szabályozták rendeletileg a csökkent munkaképességű dolgozók jogállását. Egyben megkapták az üzemek, vállalatok és a szövetkezetek rehabilitációval kapcsolatos feladatait.

Az utasítás az akkori problémák közül a legfontosabbak, a munkaviszonyban álló csökkent munkaképességű dolgozók rehabilitációját rendezte. A megjelent kiegészítések tovább erősítették a foglalkoztató vállalatok felelősségét. Ugyanakkor hangsúlyozták a tanácsok szakigazgatási szerveinek felelősségét is, főként a rehabilitációs célú munkahelyek létrehozása, ill. adott vállalatnál ésszerűen nem foglalkoztatható csökkent munkaképességű dolgozók átcsoportosítása terén.

Gyakorlatilag az üzemekben sokhelyütt felesleges gondnak, tehernek érzik a szakmai rehabilitáció végrehajtását. A megváltozott munkaképességű dolgozóikról többnyire így gondoskodnak, hogy áthelyezik őket könnyebb munkakörökbe, és a kereset-kiegészítéssel befejezettnek tekintik a rehabilitációt. Sokszor a sérült sem gondol megmaradt képességeinek jobb hasznosítására. A megfelelő felvilágosítás, egy mainál jobb érdekeltségi rendszer kialakítása mindenképpen meggyorsítaná a rehabilitációt. Meggyőződésem, hogy a vállalati és szakszervezeti vezetésnek nagyobb felelősséggel kellene a rehabilitációs rendelkezések végrehajtásában részt venni. E feladatok közé tartozik:

- a vállalatnál foglalkoztatott csökkent munkaképességű dolgozók feltérképezése; a munkaképesség csökkenés neme, ill. a megmaradt funkciók jellege alapján;

- megfelelő agitációval átképző, ill. kiképző tanfolyamok szervezése;
- olyan munkahelyek létesítése, ahol a megváltozott képességű dolgozók egészségük károsodása nélkül értelmesen foglalkoztathatók.

Csak végső esetben lenne szabad olyan megoldást választani, hogy a dolgozót alacsonyabb szakképzettséget igénylő, könnyebb munkakörbe helyezik, ill. javasolják rendszeres szociális segélyben részesítését.

A vállalatoknál működnek rehabilitációs bizottságok, melynek tagja az üzemorvos, valamint a vállalat és a szakszervezet megbízottja. A legtöbb esetben ezek a bizottságok is felültesen végzik munkájukat. Az ő dolguk lenne a lajstromozás, ill. a szakmai átképzés kezdeményezése. Mince megfelelő kapcsolat az üzemorvosok és a bizottságok tevékenysége között. Lehetséges, hogy a foglalkozási rehabilitációhoz a vállalatok nem kapnak elegendő szakmai segítséget, iránymutatást. Kevés a foglalkozási rehabilitációhoz értő szakember. Ezért mindenképpen indokolt központi, ill. költségvetési /központi, vagy helyi/ eszközökből továbbképző és átképző területi bázisok szervezése. Ez azonban nem csökkenti a vállalatok felelősségét a kezdeményező lépések megtételében. Valószínűsíthető az is, hogy a költségvetési keretből létrehozandó átképző és továbbképző centrumokban a súlyosan sérültek foglalkozási rehabilitációját oldhatnánk meg, a könnyebben sérültek rehabilitációja továbbra is a munkahelyek feladata.

Összefoglalás

A korszerű és átfogó rehabilitáció bonyolultsága nem az orvosi, a foglalkozási és a szociális területek egymásmelletteiségéből, hanem ezek összefonódásából ered. Ez egyben arra is utal, hogy a foglalkozási rehabilitáció nem tekinthető csak munkaügyi, vagy csak egészségügyi kérdésnek, hanem komplexen kell kezelni.

A súlyos mozgásszervi és az értelmi fogyatékosok képzési és foglalkoztatási problémáinak megoldása különösen sürgető feladat. Nemcsak azért, mert ez már ma is társadalompolitikai jelentőségű, hanem azért is, mert e rétegek sajnálatos módon ujratermelődnek.

Különböző törekvésekkel és jószándéku kezdeményezésekkel mind az egészségügyi hálózatban, mind az üzemekben, és a gyógy-pedagógiai intézetekben eddig is találkoztunk.

Ugy tűnik azonban, hogy az eddigieknél több erőfeszítésre van szükség. A csökkent, vagy megváltozott munkaképességűek születéstől a halálig minden korosztályt és különféle betegségeredetű magukba záró csoport-problémát jelentenek ma társadalomunkban. Az eddigi részleges megoldások helyett átfogó és hatékony megoldásra kell törekedni. Ennek a feltételét két pontban foglalhatjuk össze.

1. Javítani kell az állami szervek fogadóképességét, személyi és tárgyi feltételeit, hozzáértését. Itt arra gondolunk, hogy növelni kell a maihoz képest a csökkent munkaképességű dolgozók átképzésére alkalmas objektumokat, ki kell fejleszteni a legcélszerűbb módszereket, és ezeket széles körben fejleszteni kell. A népszámlálástól kezdve a csökkent munkaképességűekkel foglalkozó vállalati bizottságokig javítani kell az információs rendszert, mely alapja lehet a fogadóképesség szervezésének.
2. Javítani kell az egyének érdekelttségét és hajlandóságát a foglalkozási rehabilitációban való teljes részvételre. Ez részben propagandisztikus feladat, de részben a meglévő jogszabályok olyan reformját is feltételezi, mely bizonyos értelemben az egyén készteti a rehabilitációban való részvételre. Ez utóbbi esetben nagyobb anyagi előnyt kellene számára biztosítani, mint a szűken értelmezett szociális rehabilitációban, amikor is a már megállapított rokkantsági nyugdíjjal gyakorlatilag az állami szervek úgy tűnik "megtették kötelességüket". Nagy szükség van a körültekintésre,

hiszen az utóbbi esetben eddigi joguk felülvizsgálatáról és újraértékeléséről is szó lehet. Meggyőződésünk azonban, hogy a társadalmi munkába való bekapcsolódásra alkalmassá tevő foglalkozási rehabilitáció olyan egyéni és társadalmi érdek, melynek a létérdekeket alá kell rendelni.